

Bölüm 34

PANKREAS GÖVDE VE KUYRUK TÜMÖRLERİNDE CERRAHİ TEDAVİ

Mesut YUR¹

GENEL BİLGİLER

Pankreas duktal adenokanserlerinin %60-70 i baş-boyun kısmına lokalizedir. Diğer kısmı gövde ve kuyruktadır. Pankreas gövde ve kuyruk adeno kanserlerinin sadece %10 u rezektabledir ve rezeke edilenlerin 5 yıllık surveyleri sadece %8-14 civarındadır⁽¹⁾.

Pankreas Nöroendokrin tümörleri %3 den az görülür⁽²⁾. Ancak postmortem otopsi serilerinde bu oran %0,8 -10 arasında değişmektedir. Pankreas rezeksiyonu nedenlerinden bir diğeri de kistik neoplazilerdir. İntraduktal papiller müsinöz neoplazi(IPMN), müsinöz kistik neoplazi(MCN) ve diğer neoplastik kistleri, pankreasın diğer rezeksiyon nedenleridir.

Genel olarak pankreasın malign ve premalign lezyonları için cerrahi tedavi uygulanır. Premalign lezyonlarda rezeksiyon sınırları ile invaziv kanserlerdeki, bilhassa duktal adeno kanserlerde, bu sınır biraz daha farklıdır. Premalin lezyonlarda veya borderline(low grade) malignitelerde cerrahi seçenek olarak dalak korunabilirken, invaziv kanserlerde splenektomi gerekli bir prosedürdür⁽³⁻⁹⁾.

Operable olan tüm malign ve premalign lezyonlar cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Pankreas baş lokalizasyonlu lezyonların cerrahi tedavileri bir önceki konuda anlatılmıştı. Bu kısımda biz gövde ve kuyruk yerleşimli kanserlerin cerrahi tedavilerinden bahsedeceğiz. Bunun için öncelikle gövde ve kuyruk için operabilite kriterlerinden kısaca bahsedelim⁽¹⁰⁾.

Unrezektabilité kriterleri

- Uzak metastaz
- SMA veya Çölyak arterde >180° sarılması

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Fırat Üniversitesi, Genel Cerrahi Kliniği, mesutyur@hotmail.com

MODİFİYE APPLEBY OPERASYONU

Burada öncelikle lesser sac açılır ve midenin sağ gastrik arteri ve gastroepiploikleri korunur. Kısa gastrikler kesilir. Pankreas lojuna ulaşılır. SMV bunur ve portal ven ile pankreas posterioru arasındaki tünel diğer operasyonlarda tarif edildiği şekilde diseke edilir. Tünel açık hale getirilir ve hepatik arter bulunup Çölyak arterden izole edilir. Common hepatik eksplore edilir ve invazyonu izlenir. Burada invazyonun gastroepiploik ve hepatika propriayı etkilemediği görülmeli. Pankreas boynundan kesilir ve ayrılır. Açık olan Wirsung prolen sütür ile dikilir. Common hepatik arter 2 dakikalığına klempe edilir ve hepatika proprianın pankreatikoduodenalden beslendiğinden emin olunur. Tercihen burada doppler ile akım ölçülür. Karaciğer kapsülü izlenir ve uygun görüldüğünde common hepatik arter kesilir ve bağlanır. Splenik ven bileşkeden kesilir ve uygun şekilde dikilerek kapatılır. Pankreas diseke edilir ve serbestlenen dalak ile birlikte çekilir. Abdominal aort ortaya konulur ve çölyak kök izlenip kökü klemplenip kesilerek spesmen total olarak dışarı alınır. Kök sütürlerle dikilir ve hemostaz sonrası loja dren konularak operasyon sonlandırılır.

SONUÇ

Laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye oranla onkolojik sonuçları yapılan çalışmaların birçoğunda benzer bulunmuştur. Ayrıca laparoskopik deneyimi olan cerrahlar tarafından güvenle yapılabilineceği belirtilmiştir. Yine maliyet analizleri de anlamlı olarak farklılık göstermemiştir⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Hastaların postoperatif dönemleri de açık yönetime göre daha olumlu sonuçlar göstermiştir.

Distal pankreatektomi ile birlikte ek organ rezeksiyonu veya vasküler rezeksiyonlar seçilmiş olgularda uygulanabilmekle birlikte uygulanabilirliği sınırlıdır⁽¹⁹⁾. Çünkü mortalite ve morbiditeleri artmakla birlikte kimi zaman sürveye katkı sağlamayabilmektedir. R0 rezeksiyon burada esas alındığı için hasta ile bunu konuşup mutlaka onamını almalı ve uygun hastalarda bunu yapmalıyız.

KAYNAKLAR

1. M. Steer(2008).Exocrine Pancreas.C. Townsend.Sabiston Textbook of Surgery(1589-1620).Canada:Elsevier.
2. D. P. Tamburrino, Stefano. Falconi, M.(2018).Pancreatic Neuroendocrine Tumours.S. W. Barreto, JA.Surgical Diseases of the Pancreas and Biliary Tree(333-344).Springer.
3. A. Jean-Philippe, J. Alexandre, L. Christophe, et al.Laparoscopic spleen-preserving distal pancreatectomy: splenic vessel preservation compared with the Warshaw technique.JAMA Surg.2013;148:246-52.10.1001/jamasurg.2013.768
4. H. S. Han, Y. S. Yoon, S. U. Kwon, et al.Laparoscopic spleen preserving distal pancreatectomy.J Vis Surg.2016;2:146.10.21037/jovs.2016.08.03

5. G. Jain, S. Chakravartty and A. G. Patel. Spleen-preserving distal pancreatectomy with and without splenic vessel ligation: a systematic review. *HPB (Oxford)*.2013;15:403-10.10.1111/hpb.12003
6. Y. Y. Juo and J. C. King. Robotic-assisted spleen preserving distal pancreatectomy: a technical review. *J Vis Surg*.2017;3:139.10.21037/jovs.2017.08.14
7. J. Song, Z. He, S. Ma, et al. Clinical Comparison of Spleen-Preserving Distal Pancreatectomy With or Without Splenic Vessel Preservation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*.2019;29:323-332.10.1089/lap.2018.0135
8. K. Suzumura, E. Hatano, T. Okada, et al. Perioperative and Long-term Outcome of the Warshaw Technique in Laparoscopic Spleen-preserving Distal Pancreatectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*.2017;27:474-478.10.1097/SLE.0000000000000484
9. L. Wang, D. Wu, Y. G. Cheng, et al. Warshaw Technique in Laparoscopic Spleen-Preserving Distal Pancreatectomy: Surgical Strategy and Late Outcomes of Splenic Preservation. *Biomed Res Int*.2019;2019:4074369.10.1155/2019/4074369
10. M. M. Al-Hawary, I. R. Francis, S. T. Chari, et al. Pancreatic adenocarcinoma. version 1.2020. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology 2019*. https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pancreatic.pdf
11. Q. Zhang (2020). Modified Appleby Operation for Advanced Malignant Tumors of the Body and Tail of the Pancreas. Y. Liu. *Surgical Atlas of Pancreatic Cancer (63-73)*. Singapore: Springer.
12. S. M. Strasberg, J. A. Drebin and D. Linehan. Radical antegrade modular pancreatosplenectomy. *Surgery*.2003;133:521-7.10.1067/msy.2003.146
13. M. Sivasanker, A. Desouza, M. Bhandare, et al. Radical antegrade modular pancreatosplenectomy for all pancreatic body and tail tumors: rationale and results. *Langenbecks Arch Surg*.2019;404:183-190.10.1007/s00423-019-01763-4
14. Y. Zhou, B. Shi, L. Wu, et al. A systematic review of radical antegrade modular pancreatosplenectomy for adenocarcinoma of the body and tail of the pancreas. *HPB (Oxford)*.2017;19:10-15.10.1016/j.hpb.2016.07.014
15. H. J. Asbun and J. A. Stauffer. Laparoscopic approach to distal and subtotal pancreatectomy: a clockwise technique. *Surg Endosc*. Aug 2011;25:2643-2649.10.1007/s00464-011-1618-0
16. A. Fingerhut, S. Uranues, I. Khatkov, et al. Laparoscopic distal pancreatectomy: better than open? *Transl Gastroenterol Hepatol*.2018;3:49.10.21037/tgh.2018.07.04
17. A. Mehrabi, M. Hafezi, J. Arvin, et al. A systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open distal pancreatectomy for benign and malignant lesions of the pancreas: it's time to randomize. *Surgery*.2015;157:45-55.10.1016/j.surg.2014.06.081
18. L. Fernandez-Cruz. Distal pancreatic resection: technical differences between open and laparoscopic approaches. *HPB (Oxford)*.2006;8:49-56.10.1080/13651820500468059
19. F. Panzeri, G. Marchegiani, G. Malleo, et al. Distal pancreatectomy associated with multivisceral resection: results from a single centre experience. *Langenbecks Arch Surg*.2017;402:457-464.10.1007/s00423-016-1514-0